



VERS LE LABEL  
HUMANITUDE

## SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

# LE CONTRAT DE PRISE EN CHARGE

Réactualisé le 22 juillet 2016 et présenté au Conseil de la Vie Sociale du 11 octobre 2016,  
au Comité Technique d'Etablissement du 13 octobre 2016 et  
au Conseil d'Administration du 17 octobre 2016

# **SOMMAIRE**

## **I. DUREE DE LA PRISE EN CHARGE**

## **II. PRESTATIONS ASSUREES PAR LE SERVICE**

2.1 Règles de fonctionnement et modalités de prise en charge

2.2 Prise en charge en place du SSIAD

## **III. COUT DE LA PRISE EN CHARGE**

## **IV. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION**

## **V. FIN DE PRISE EN CHARGE**

## **VI. ACTUALISATION DU CONTRAT DE PRISE EN CHARGE**

Conformément à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des services d'aide à domicile et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Ce contrat de prise en charge définit les droits et les obligations du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et de la personne prise en charge avec toutes les conséquences juridiques qui en résultent.

Les particuliers appelés à souscrire un contrat de prise en charge sont invités à en prendre connaissance avec la plus grande attention.

Le SSIAD de Fauville-en-caux est un service rattaché à la Résidence Bouic-Manoury.

**Le contrat de prise en charge est conclu entre :**

**D'une part,**

La Résidence Bouic-Manoury, 373 rue Charles de Gaulle 76640 FAUVILLE EN CAUX  
Représentée par sa directrice, Muriel FLUTRE-MIDY.

**Et d'autre part,**

M ou Mme.....

Né(e) le .....à.....

Le cas échéant, représenté par M ou Mme.....

Né(e) le .....à .....

Adresse :.....

.....

Lien de parenté :

Dénommé(e) le représentant légal (préciser : tuteur, curateur, joindre photocopie du jugement).

Il est convenu ce qui suit.

## **I. DUREE DE LA PRISE EN CHARGE :**

Le présent contrat prend effet le ..../..../20....

Sur prescription médicale précisant le nombre de passage par jour, la nature des soins et la durée de la prise en charge qui pourra ou non être renouvelée en fonction de l'état de santé de la personne âgée ou handicapée,

Le SSIAD s'engage à intervenir au domicile de :

M. ou Mme.....  
du.....au....., soit ..... jours sur 7, y compris ou non les jours fériés.

Les horaires d'intervention du SSIAD sont du lundi au dimanche de :

7 h 00 à 13 h 00 et de 15 h 30 à 20 h 00

pour assurer les soins suivants d'une durée totale de 20 à 45 minutes,  
Et ce à compter du .....20.....

Enumération des soins notés sur le protocole de soins :

- 
- 
- 
- 
- 
- 
- 

En cas de retard important, le SSIAD s'engage à prévenir le patient et/ou sa famille. Le nombre de visites peut être revu en plus ou en moins, en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et en fonction des possibilités du SSIAD, avec l'accord du médecin traitant et sur prescription médicale.

## **II. PRESTATIONS ASSUREES PAR LE SERVICE**

### **2.1 Règles de fonctionnement et modalités de prise en charge**

Les règles de fonctionnement et modalités de prise en charge sont définies dans le document « Règlement de fonctionnement » joint et remis à la personne avec le présent contrat.

### **2.2 Prise en charge en place du SSIAD**

Le SSIAD assure sur prescription médicale, après avis de l'infirmière coordinatrice en fonction des places disponibles, des prestations de soins infirmiers techniques ou de base, de réadaptation à domicile ou au substitut du domicile (établissements non médicalisés) et d'accompagnement à des personnes âgées dépendantes ou des adultes handicapés :

- malades,
- ou en phase de réadaptation à domicile,
- ou nécessitant une surveillance médicale particulière,
- ou souffrant d'une déficience douloureuse,
- ou nécessitant une prise en charge technique,
- ou un accompagnement psychologique,
- et/ou un accompagnement de vie sociale,
- ou en fin de vie.

Ces prestations sont assurées par les aides-soignantes du service sous la responsabilité de l'infirmière coordinatrice et par les professionnels libéraux qui ont passé une convention avec le service et qui sont choisis librement par la personne concernée ou par son entourage.

## **III. COUT DE LA PRISE EN CHARGE**

Les frais sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Aucune avance n'est à faire par le patient. En aucun cas, le patient ne doit fournir sa carte vitale à l'infirmière libérale qui assure les soins infirmiers.

## **IV. CONDITIONS PARTICULIERES DE FACTURATION**

**En cas d'hospitalisation**, le SSIAD doit être informé le jour même. La réadmission suppose l'accord de l'infirmière coordinatrice en lien avec le médecin traitant.

## **V. FIN DE PRISE EN CHARGE**

Les fins de prise en charge interviennent :

- à la fin du traitement fixé par le médecin traitant,
- en l'absence de renouvellement de prolongation par le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie,
- lorsque l'état de santé et l'environnement sont devenus incompatibles avec le maintien du patient à domicile,
- lors d'une admission en établissement,
- lors d'un retour à l'autonomie.
- lors d'un non respect du règlement de fonctionnement.

## **VI. ACTUALISATION DU CONTRAT DE PRISE EN CHARGE**

Toutes dispositions du présent contrat et des pièces associées citées ci-dessous sont applicables dans leur intégralité. Toute actualisation du contrat de prise en charge, fera l'objet d'un avenant.

Etabli conformément :

- Au Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD.
- A la Circulaire n°DGAS/2C/2005/111 du 28/02/05 sur les conditions de fonctionnement des Services de Soins Infirmiers A Domicile.

Pièces jointes au contrat :

- Le document « règlement de fonctionnement » dont la personne et/ou son représentant légal déclare avoir pris connaissance,
- une copie du jugement de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.

Le présent contrat est approuvé

La Directrice,  
Muriel FLUTRE-MIDY

Fait à Fauville-En-Caux, le.....

En deux exemplaires

La personne accueillie, M .....  
ou son représentant légal.....